

## Visceral Artery Aneurysm: Risk Factor Analysis and Therapeutic Opinion

### 臟器動脈瘤：危險因子分析及治療建議

Y-K.Huang; HC.Hsieh; S-H.Chang; M-S.Lu and P-J.Ko and F.C.Tsai  
(黃耀廣，謝宏昌，張尚宏，呂明憲，柯博仁，蔡峰鈞)

#### 出處

Eur J Vasc Endovasc Surg 33,293-301(2007)

#### 背景

臟器動脈瘤僅在 0.01% 到 0.2% 的屍體解剖中發現。雖其為一稀少的疾病，但是在臨床上很重要，因為有 22% 的病人是以病危狀態表現，而且有 8.5% 的人會因此死亡。

隨著醫療的進步，如經皮膽道處理、肝臟移植、保守性肝臟創傷治療和影像技術發展，臟器動脈瘤所在的位置也在變化。本研究的目的是在分析臟器動脈瘤的分布、治療方式、危險因子和預後。

#### 研究設計和方法

回溯性分析在 1995 年到 2005 年之間所有診斷為臟器動脈瘤的 41 位病人。我們紀錄並分析病人資料如年齡、性別、慢性健康問題、血管瘤位置和大小、介入方式和預後。

介入方式分為血管內治療 (endovascular approach) 和外科手術。通常病人在以下幾個狀況下接受介入：血管瘤直徑大於 2 公分、血管瘤快速變大、或是血管瘤引起的症狀，

如出血或休克等。

#### 結果

有 26 位男性和 15 位女性，年齡為 54 歲 (22 到 85 歲)，追蹤 20.6 個月 (0-94 個月)。有 11 個脾臟動脈瘤，17 個肝動脈瘤、8 個胃十二指腸動脈瘤、6 個胰十二指腸動脈瘤、5 個上腸繫膜動脈瘤和 2 個下腸繫膜動脈瘤。有 13 位病人僅以外科切除重建，19 位僅接受血管內治療 (endovascular approach)。有五位病人接受外科及血管內治療。僅以血管內治療的這組病人有比較高的比例有消化道出血，惡性腫瘤和腹部手術史。

脾臟動脈瘤和上腸繫膜動脈瘤多以腹痛和休克表現而接受外科手術。而肝及胃十二指腸動脈瘤則是以上消化道出血，而在血管攝影時發現，同時以血管內方式治療。值得注意的是有 60% 的上腸繫膜動脈為心內膜炎的早期表現。

在院死亡率 9.8%，整體死亡率為 21.9%。預後分析發現，合併惡性疾病是在院死亡的正向預測因子 (P=0.003)。而腎衰竭 (P<0.01)、肝硬化 (P=0.018)、慢性肺病 (P<

0.01)、併發惡性疾病 ( $P < 0.01$ )、和之前有腹部手術 ( $P = 0.017$ ) 是 2 年內死亡的正向預測因子。僅以外科手術便能治療 ( $P = 0.023$ )，是 2 年內死亡的負向預測因子。而血管瘤位置和治療方式無顯著影響在院死亡。以 Cox proportional Hazard model 來分析，合併惡性疾病為最重要的影響存活因子 (Hazard

ratio 39.17,  $P = 0.008$ )，而慢性肺病次之 (Hazard ratio: 18.3,  $P = 0.026$ )。

### 結論

血管內介入提供了與外科手術相似的預後的治療選擇。合併惡性疾病是在院死亡和長期存活的最重要因子。

## Extracorporeal Membrane Oxygenation Rescue for Cardiopulmonary Resuscitation in Pediatric Patients 在兒科病人使用體外膜氧合於心肺復甦術

Huang SC, Wu ET, Chen YS, Chang CI, Chiu IS, Wang SS, Lin FY, Ko WJ.  
(黃書健, 吳恩婷, 陳益祥, 張重義, 邱英世, 王水深, 林芳郁, 柯文哲)

Department of Surgery, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan  
台大醫院外科部及小兒部

### 出處

Crit Care Med. 2008 May;36(5):1607-13

### 目的

描述在兒科病人使用體外膜氧合於心肺復甦術的生存和神經系統的成果，並找出與生存之間的相關因素。

### 方法

回顧性研究在一所大學附屬的醫院中 $\leq 18$ 歲的兒科病人發生院內心臟驟停並使用體外心肺復甦術 (ECPR) 的成果。並比較前期 (1999年1月至2001年12月) 和後期的隊列 (2002年1月至2006年1月) 的生存率。以下醫院的心臟驟停符合資格病人年齡和所收到的體外膜氧合期間，積極心肺復甦，為在醫院的心臟驟停。病人干預：體外膜肺氧合 (體外膜氧合器) 期間，積極心肺復甦。測量和主要：

### 結果

我們找出了 27 ECPR 活動。其中出院存活率為 41% (11/27)。死亡者在心肺復甦前有較高的乳酸值 (14 [10.2-19.6] mmol/L vs 8.5 [4.4-12.6] mmol/L 時, 磷 $< 0.01$ )，死亡者有較長的 CPR 時間 (60 [37-81]分鐘與 45 [25-50]分鐘,  $P < 0.05$ )，以及啟動體外膜氧合器的時間較長 (12.5 [7.5-33.8]分 vs 5 [0-10]分鐘,  $p < 0.01$ ) 死亡者並且在心肺復甦後有較多的腎衰竭 (68% [11/16] vs 9% [1/11],  $p < 0.01$ )。成活率在後期優於早期 (58% [11/19] 比 0% [0/8],  $p < 0.05$ )。由確切的多重回歸分析，早期的病人和 CPR 後腎衰竭，分別為兩個獨立的死亡之危險因子。其中 11 個倖存者，10 有好的神經功能的結果。

### 結論

ECPR 成功救出一些傳統的在醫內心肺復甦術未能拯救的兒科。在大部分的倖存者有好神經的成果。早期的病人和 ECPR 後腎衰竭伴隨較高的死亡率。